

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЛАДОМАСТОНА В ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

^{1,2}Гусейнов А.З., ³Кравченко В.А., ¹Гусейнов Т.А.

¹ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт

²ЧОУ ДПО Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева (г. Санкт-Петербург)

³Научно-практический центр лечения метаболических нарушений
и коррекции веса «Оригитя» (г. Санкт-Петербург).

Аннотация. В статье представлены данные по изучению применения препарата Младомастон в консервативные лечения фиброзно-кистозной мастопатии. Подробно описаны состав и фармакологическое действие входящих в состав препарата ингредиентов. В сравнении с контрольной группой описана клиническая эффективность препарата Младомастон, преимущества его использования.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная мастопатия, консервативное лечение, младомастон.

Введение. Лечение больных с *фиброзно-кистозной мастопатии* (ФКМ) – комплексное, длительное и проводится с учетом гормональных, метаболических особенностей больной, сопутствующих заболеваний и других факторов, приведших к развитию ФКМ [2, 4]. Фармакологическая коррекция пролиферативного процесса при ФКМ является главным направлением консервативной терапии [3]. Не менее важными представляются также симптоматическая и седативная терапия. Из известных лекарственных средств, практически отсутствуют препараты, одновременно эффективно влияющие на все звенья патогенеза ФКМ [1]. Среди препаратов, представленных в аптечной сети и клинической практике, наиболее оптимальным с точки зрения комплексности действия является *Младомастон*. Это комплекс растительных препаратов, действующих разнопланово: нормализует гормональный баланс, что предохраняет его антипролиферативное действие, и обладает противоопухолевым действием, что оправдывает его применение в профилактике развития опухолевых заболеваний, в данном случае – рака молочной железы.

Младомастон – это действенное сочетание натуральных веществ, выделенных из растений. Особенность препарата – высокая длительная стабильность основных компонентов, которая достигается благодаря специальным технологиям и капсулированной жировой форме. В состав его входят различные

компоненты, каждый из которых оказывает специфическое фармакологическое действие.

Индол-3-карбинол, получаемый из растений семейства крестоцветных – капусты, блокирует развитие гиперпластических процессов в гормонально зависимых тканях, в частности, в молочных железах. Еще одна важная роль *индол-3-карбинола* в контроле патологической пролиферации – это избирательная инициация апоптоза через генетические механизмы [3, 4]. Сочетание антиэстрогенной и антипролиферативной активности *индол-3-карбинола* дает возможность применять его при различных вариантах дисгормональных нарушений, при лечении и для профилактики гиперпластических процессов в органах репродуктивной системы женщины – молочной железе, миометрии, эндометрии и яичниках на начальных этапах [2]. Таким образом, этот фитонутриент нормализует обмен эстрогенов, подавляет развитие опухолевого процесса на всех уровнях.

Эпигаллокатехин галлат – экстракт зеленого чая, блокирует рост и тормозит деление опухолевых клеток.

Генестеин (изофлавоны сои) – фитоэстроген, который обеспечивает нормальное функционирование и профилактику опухолевых заболеваний гормонозависимых тканей женского организма.

Экстракт витекса священного листа (авраамово дерево) – обладает симптоматическим действием и снижает проявления климактерического и предменструального синдромов.

Ресвератрол, получаемый из кожицы винограда, является сильным антиоксидантом, антимуtagenом. Избирательно вызывает гибель измененных клеток.

Цель исследования – изучение эффективности *Младомастона* при лечении диффузной формы фиброзно-кистозной мастопатии, регресса клинических симптомов и структурных изменений молочных желез по сравнению с аевитом.

Материалы и методы.

Работа проводилась на клинических базах кафедры хирургии и онкологии с курсом клинической маммологии ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева».

1-ю, основную группу составили 40 пациенток репродуктивного и предменопаузального возраста с диффузной формой ФКМ. Под нашим наблюдением пациентки находились в течение года. До 35 лет – было 25, после 35 лет – 15 женщин. Средний возраст пациенток группы составил 34,3 года.

2-ю, контрольную группу составили 25 пациенток также репродуктивного и предменопаузального возраста с диффузной ФКМ. До 35 лет – было 16, после 35 лет – 9 женщин. Средний возраст пациенток контрольной группы составил 33,9 лет.

Выбывших из групп пациенток не было. Все пациентки были обследованы по следующей схеме:

До 35 лет всем женщинам перед началом терапии было проведено УЗИ молочных желез (с 5 по 12-е дни менструального цикла). Пациенткам в возрасте 35 лет и более перед началом лечения дополнительно проводилась цифровая маммография (в 1-й группе – 15, во 2-й группе – 9 пациенткам).

В 1-й основной группе *Младомастон* применялся по 1 капсуле 2 раза в день во время еды. Продолжительность приема 3 месяца. Не рекомендовали принимать препарат вместе с кофе или чаем.

Во 2-й контрольной группе пациентки принимали *аевит* – по 1 капсуле 1 раз в день – 1-й и 3-й мес.

С целью учета результатов исследования, пациентки заполняли анкету-опросник с критериями оценки перед назначением препарата, через 1, 3 и 6 мес. от начала лечения.

Первый критерий оценки результатов использования препаратов – уменьшение и исчезновение болевого синдрома и отечности молочных желез – учитывали в днях от начала приема препарата.

Второй критерий оценки – продолжительность и выраженность предменструального синдрома – в днях от начала приема препаратов.

Третий критерий – наличие выделений из сосков и их динамика.

Предварительная оценка достигнутых результатов была произведена через 1 мес. в процессе лечения, через 3 мес. – сразу после окончания курсов принятых препаратов, и в динамике через 6 мес.

Результаты исследования и их обсуждение

Изменения в молочных железах в 1-й и 2-й группах, установленные при УЗ-исследовании, были констатированы у всех пациенток в виде диффузной формы ФКМ без очаговых образований, в том числе кист.

В 1-й основной группе наблюдения регресс болевого синдрома и отечности молочных желез, являющихся ведущими проявлениями ФКМ, был отмечен у 31(77,5%) пациенток уже после 1 мес. лечения, и у 40 (100%) пациенток полностью прошли через 3 мес. Через 6 мес. отмечена относительно стабильная картина – после окончания терапии периодически болевой синдром и отечность молочных желез отмечали 5 (12,5%) пациенток.

Положительная динамика отмечена и в интенсивности предменструального симптомокомплекса в течение очередных 2-3 менструальных циклов – от значительного до слабой выраженности вегетососудистых нарушений (головная боль, головокружение, слабость, отеки) и психоэмоциональных проявлений (депрессия или раздражительность, анорексия или булимия, сонливость или бессонница, непереносимость запахов или извращение вкуса).

Количество дней с симптоматикой предменструального симптомокомплекса снизилось в основной группе с 7 до 4.

По данным УЗИ молочных желез перед началом лечения не отмечены образования, в том числе кисты, и наличие дуктэктазии. Выделения светлого характера, имеющиеся у 22 (55%), через 3 месяца отмечались уже у 12 (30%), а через 6 мес. – только у 8 (20%) пациенток.

Пациентки во время приема *Младомастона* не отмечали побочного эффекта, что позволило полностью реализовать курс лечения.

Во 2-й контрольной группе регресс болевого синдрома и отечности молочных желез через 1 мес. лечения отмечался только у 12 (48,0%) пациенток, через 3 мес. – у 18 (72%) пациенток, таким образом у остальных наблюдаемых боли и отечность в молочных железах сохранялись. Наличие боли и отечности в молочных железах через 3 мес. отмечали 14 (56%), а через 6 мес. – 17 (68%) пациенток, что заметно отличается от основной группы.

По выраженности и продолжительности предменструального симптомокомплекса: у пациенток 2-й контрольной группы не отмечено практически разницы до и после проведенного лечения *аевитом*, что свидетельствует об отсутствии влияния данного препарата на симптоматику.

Выделения светлого характера из сосков, имеющиеся у 12 женщин (48%), через 3 месяца отмечались у 14 (56%), а через 6 мес. – у 13 (52%) пациенток, что также свидетельствует об отсутствии фармакологического действия используемого препарата в контрольной группе пациенток.

Таким образом, сравнительное изучение применения препарата *Младомастон* показало его высокую эффективность в терапии фиброзно-кистозной мастопатии.

Выводы:

1. Применение *Младомастона* является эффективным в лечении фиброзно-кистозной мастопатии.
2. На фоне приема *Младомастона* отмечается выраженная коррекция клинических симптомов – масталгии, отечности молочных желез и выраженности предменструального синдрома, выделений из сосков.

3. *Младомастон* хорошо переноситься при приеме внутрь, не имеет клинически выявленных побочных явлений и может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

Литература

1. Гусейнов, А.З. Основы маммологии / А.З. Гусейнов, Д.А. Истомин, Т.А. Гусейнов. СПб–Тула: Изд-во ТулГУ, 2014. 258 с.

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Доброкачественная дисплазия молочной железы». Письмо Минздрава России от 7 ноября 2018 г. № 15-4/10/2-7235. М., 2018. 47 с.

3. Рожкова Н.И., Боженко В.К., Каприн А.Д. Маммология: национальное руководство. Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 496 с.

4. Рожкова Н.И., Каприн А.Д., Андреева Е.Н. Мастопатии. Под ред. Н.И. Рожковой, А.Д. Каприна. М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 320 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАННЕГО РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ

Демидова А.А

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт

Аннотация. В статье представлен случай клинического наблюдения пациентки 35 лет с псориатическим артритом высокой степени активности, у которой, в результате поздней диагностики, низкой приверженности лечению, недостаточной дозировки базисных противовоспалительных препаратов, рано развились необратимые функциональные нарушения в суставах нижних конечностей, потребовавшие радикального хирургического лечения – эндопротезирования обоих тазобедренных и коленных суставов.

Ключевые слова: псориатический артрит, дактилит, спондилит, генно-инженерная биологическая терапия, этанерцепт, эндопротезирование, комплаентность.

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, ассоциированное с псориазом, в патологический процесс которого в основном вовлекаются ткани